

LAUSUNTO TERVEYDENHUOLTOLAKITYÖRYHMÄN MIETINNÖSTÄ

Stakes kiittää mahdollisuudesta lausua näkemyksensä terveydenhuoltolakityöryhmän mietinnöstä. Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon kokonaisuudistus ja yhdistäminen on odotettu ja tarpeellinen prosessi. Muistiossa kuvattu lakiehdotus uudistaisi terveydenhuoltoa varsin maltillisesti. Stakesin näkemyksen mukaan muistiossa ehdotetut uudistukset ovat pääosin oikean suuntaisia, joskin palvelujärjestelmän merkittävämpikin uudistaminen olisi voinut tulla kyseeseen.

Stakes ehdottaa harkittavaksi lain valmistelun hallittua hidastamista, jotta lain valmistelussa voidaan hyödyntää kolmen muun samaan aikaan etenevän keskeisen hankkeen tuloksia: 1) sosiaali- ja terveydenhuollon hallintolain valmistelua, 2) PARAS -hankkeen tuloksia, ja 3) ALKU -hankkeen tuloksia. Näitä kaikkia tulisi voida tarkastella rinnakkain.

Stakesin lausunnon keskeiset kohdat

- Lakiehdotuksessa käytetyt käsitteet on tarpeen tarkentaa, yhdenmukaistaa ja varmistaa niiden johdonmukainen käyttö; esimerkiksi perusterveydenhuolto, lähipalvelut, alueelliset palvelut. Olisi harkittava kansanterveystyön käsitteen pois jättämistä itse lakitekstistä ja käytettävä yhdenmukaisesti termiä perusterveydenhuolto.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tavoitteena tulee olla se, että kunnalliset sosiaali- ja terveysterveystoimet järjestetään tulevaisuudessa koko maassa yhtenäisesti, esimerkiksi sosiaali- ja terveysterveystoimissa. Tätä tukevat monet seikat. Sosiaali- ja terveysterveystoimimalli on palvelujen käytännön järjestämisen kannalta selkeä, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö paranee, sosiaalitoimi on olennainen osa piirin toimintaa, valtion ohjaus ja valvonta on muita vaihtoehtoja helpompaa ja tilaaja-tuottajamallia voidaan soveltaa joustavasti alueellisen tarpeen mukaan. Lisäksi malli helpottaisi koko toimialan kattavan yhteisen asiakasrekisterin kehittämistä.
- Potilaiden valinnanvapauden lisääminen on tärkeä uudistus, mutta sen toimeenpano vaatii huolellista suunnittelua. Kansalaisten liikkuvuus ei lain myötä välttämättä lisääntynyt merkittävästi.
- Uusi terveydenhuoltolaki ei saa antaa tulevalle Terveysterveystoimien ja hyvinvoinnin laitokselle lakisääteisiä yksityiskohtaisia tehtäviä, kuten perusterveydenhuollon kehittämisyksikköä. Johdannosta tulee poistaa luvun 2 kohta 2 henkilötyövuosimäärityksineen sekä itse laista 48 §:n 2 momentin vastaava maininta.
- Sairaanhoidopiirien perusterveydenhuollon yksiköitä perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen koordinoinnissa yhdessä yliopistojen yleislääketieteen oppialojen kanssa tulisi vahvistaa, kuten myös tutkimustoiminnassa. Vastaavia yksiköitä olisi harkittava myös sosiaali- ja terveysterveystoimien. Opetusterveyskeskuksia käsittelevä irrallinen ja yksityiskohtiin menevä esitys tulee lakiehdotuksesta poistaa.

Stakesin yksityiskohtaiset ehdotukset terveydenhuoltolain jatkokehittämiseksi on merkitty tekstiin tähdellä ().*

A. Stakesin näkemykset erityisesti pyydetyistä asioista

1) Arvio ehdotetusta potilaan valinnanvapaudesta

Stakes suhtautuu myönteisesti lakiehdotuksessa esitettyyn (54§) potilaan valinnanvapauden lisäämiseen. Toimeenpanoa valmistelemaan tulisi perustaa työryhmä, joka pohtisi esityksen vaikutuksia palveluiden järjestämiseen kansainvälisten kokemusten valossa. Valinnanvapautta tukevien tietojärjestelmien käytännön toteutusta tulisi selvittää tarkemmin. Potilaan kannalta tärkeitä tietoja hoitopaikkaa valitessa ovat esimerkiksi hoitoon pääsyn nopeus ja palveluiden laatu. Pelkästään internet-palvelujen rakentaminen ei riitä, vaan on varmistettava, että potilaille on mahdollisuus saada tarvittaessa myös henkilökohtaista opastusta.

(*) Stakesin mielestä potilaan valinnanvapautta olisi syytä laajentaa myös muuhun keskeiseen hoitohenkilökuntaan kuin pelkästään mahdollisuuteen valita hoitava lääkäri tai hammaslääkäri. Potilaat asioivat usein pelkästään hoitajien tai hoitaja-lääkäri-työparin kanssa ja suuterveydenhuollossa suuhygienistien kanssa. Potilaiden valinnanvapauden tulisi koskea myös näitä ammattiryhmiä.

Lisääntyvällä valinnanvapaudella edistetään potilaan oikeuksia ja asiakastyytyväisyyttä. Sillä voi olla myönteisiä vaikutuksia koko palvelujärjestelmän uudistumiselle ja laadun parantumiselle. Haasteena on turvata kaikkien kansalaisten mahdollisuus tehdä omalta kannaltaan hyviä valintoja henkilön toimintakyvystä ja asuinpaikasta riippumatta. (*) Erityisesti syrjäytymisriskissä olevien mahdollisuus toteuttaa valinnanvapauttaan tulee varmistaa.

Lisääntynyt valinnanvapaus voi johtaa palvelujen kysynnän ja kuormituksen epätasaiseen jakautumiseen ainakin toimeenpanon alkuvaiheessa (esimerkiksi käytön kohdistuminen työssäkäyntikuntiin). Samalla kun tämä voi johtaa tilapäisiin ongelmiin hoitotakuun toteutumisessa se voi siirtymäkauden jälkeen merkittävästi parantaa voimavarojen kohdentumista väestön tarpeiden mukaisesti. Vaikka uudessa tilanteessa palvelujen käyttöä ja kustannuksia ei todennäköisesti voida enää säädellä yhtä hyvin tarjonnalla kuin nykyisin, palvelujen tarjonta suuntautunee aiempaa paremmin väestön käyttötarpeita vastaavasti.

2) Arvio ehdotetuista terveydenhuollon järjestämismalleista ja niiden soveltuvuudesta koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen

Ehdotuksessa on pyritty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminnan saumattomuuden lisäämiseen, mutta työ on selvästi jäänyt puolitiehen. Ehdotettu järjestämismalli on varsin monimutkainen eikä ole omiaan virtaviivaistamaan palvelujärjestelmää. Alueilla, joissa (sosiaali- ja) terveystieteitä ei rakennettaisi, ehdotettu laki ei toisi nykytilanteeseen juurikaan muutosta. Isäntäkuntamallin toimeenpano kuvataan lakiehdotuksessa epäselvästi.

(*) Stakes esittää uudelleen harkittavaksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämisvastuun siirtämistä yhdelle organisaatiolle (sosiaali- ja terveystieteiden) samalla tavalla koko maassa. Terveydenhuoltolain ja tulevan sosiaalihuoltolain hallintolaki on joka tapauksessa tarpeellinen

kansalaisten yhdenvertaisuuden turvaamiseksi ja sosiaali- ja terveystalvelujen yhtäläisen saatavuuden varmistamiseksi koko maassa.

(*) Ainakin pidemmän aikavälin tavoite tulisi olla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen yhteisillä rakenteilla, jolloin ne käsitettäisiin laajasti toisiaan tukevinä kokonaisuuksina. Erityisesti tulisi vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä, vanhustenhuollossa ja lastensuojelussa.

Terveydenhuoltolain asteittaisen (2010–2013) voimaantulon kanssa samaan aikaan on rakenteilla terveydenhuollon kansallinen tietojärjestelmäinfrastruktuuriuudistus, ns. KANTA -uudistus (2011 mennessä). Näiden uudistusten aikataulujen yhteensovittaminen on tärkeää¹.

3) Arvio erityisvastuualueen yhteistyön kehittämisehdotuksesta

Erityisvastuualueen yhteistyön järjestäminen, vastuiden määrittely ja kehittäminen on tarpeen. Selvän työnjaon ja harkitun keskittämisen kautta voidaan parantaa toiminnan laatua ja koordinoita toimintaa erityisvastuualueella.

Ehdotuksessa erityisvastuualue saa monia tärkeitä tehtäviä. Olisi tarkemmin määriteltävä miten toiminta käytännössä organisoidaan ja miten eri tehtävät nivotaan yhteen (mm. yhteistoimintaelin, ensihoitokeskus, tutkimuskeskus ja tutkimustoimikunta). Myös toiminnan rahoitus jää epäselväksi, esimerkiksi se, kuinka tutkimustoimikunnan toiminta rahoitetaan.

Stakes pitää kannatettavana, että lakiehdotuksen mukaan terveydenhuollon uusien menetelmien käyttöönotosta sovitaan erityisvastuualueittain (12 §). (*) Joidenkin menetelmien suhteen tulisi myös harkita päätöksenteon keskittämistä valtakunnallisesti. Vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi myös jo käytössä olevien menetelmien osalta olisi tarpeen. Tässä voisi hyödyntää eurooppalaisessa yhteistyössä (ns. EUNETHTA) kehitettyä pan-eurooppalaista mallia menetelmien arviointiin.

4) Arvio sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuiden lainsäädännöllisestä porrastamisesta. Millainen vastuun tulisi olla eri tasoilla: kunta, kuntayhtymä, yhteistoiminta-alue, sosiaali- ja terveystalvelu, laajan väestöpohjan kuntayhtymä, erityisvastuualue, valtio?

Ehdotuksen mukainen järjestämisvastuiden keskittäminen on kannatettavaa. Esimerkiksi ensihoitopalvelun järjestämisvastuun siirtäminen sairaanhoitopiiriin/terveyspiiriin tehtäväksi on tärkeää. Myös toiminnan koordinaation tiivistäminen sairaanhoitopiiriin sisällä, erityisvastuualueen sisällä ja valtakunnallisesti johtaa nykyistä tehokkaampaan palvelutuotantoon. Lain 4 § tulisi selventää järjes-

¹ Palvelun tuottajapuolen uudelleen organisoituminen ja rekisterinpitäjien vastuut vaikuttavat keskeisesti tietoteknologi-an toteutuksen arkkitehtuuriratkaisuihin ja niiden rahoitukseen. Tuottajat maksavat kaikki tietojärjestelmien muutostyöt. Jos terveydenhuoltolain myötä joudutaan muuttamaan vuoteen 2011 mennessä rakennettuja ja rahoitettuja tietojärjes-telmämuutoksia, muutoksiin voidaan joutua investoimaan uutta rahaa. Kuntatoimijat ovat tällä hetkellä varovaisia päät-tämään investoinneista KANTA -uudistuksen toteuttamiseksi omista järjestelmissään, koska odottavat tietoa siitä, mitä terveydenhuoltolaki ja sen rinnalla kulkeva PARAS -uudistus muuttavat.

tämisvastuun jakautuminen kunnan ja yhteistoiminta-alueen välillä silloin kun kunta kuuluu 5§ tarkoittamaan yhteistoiminta-alueeseen.

Ehdotuksessa erilaisia nimiä organisaatioille on paljon, mikä tekee järjestelmästä turhan monimutkaisen näköisen. Hallinto- ja organisoitumismallien suuri vaihtelu eri alueilla on myös riski sille, että palvelujen toteutumisessa eriarvoisuus kasvaa lakiuudistuksen tavoitteiden vastaisesti. Valtakunnallisesta näkökulmasta järjestelmän monimutkaisuus heikentää sen ohjattavuutta. Monimutkaisuus hämärtää myös toimijoiden vastuiden jakaantumista. (*) Kansalaisen kannalta ja palvelujärjestelmän ohjattavuuden näkökulmasta hallintomallia olisi kehitettävä yksinkertaisempaan ja selkeämpään suuntaan.

Ehdotuksessa on kuvattu epäselvästi kiireettömän sairaankuljetuksen järjestämisvastuu. Tätä tulisi tarkentaa. Esityksessä jää epäselväksi myös mikä on ehdotetun Terveystieteiden neuvottelukunnan ja olemassa olevan Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan suhde (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta, 5a §).

Lähipalvelut käsitteenä on jäänyt vaille määritelmää ja olisi tarpeen lisätä (esimerkiksi kuinka lähellä ja mitä lähipalveluja on tuotettava), ja mikä on niiden suhde 3 §:ssä määriteltyihin perusterveydenhuoltoon ja kansanterveystyöhön. Laissa tulisi tarkemmin myös määritellä mitä lähipalveluina järjestettävä sairaanhoito sisältää (37 §). Sairaanhoito on volyymiltään erittäin merkittävä osa lähipalveluita. (*) Terveystieteiden huollon jakaminen lähipalveluihin ja alueellisiin palveluihin lakiesityksen mukaisesti on periaatteessa kannatettavaa, mutta palvelut ja niiden suhde tulee määritellä huolellisesti.

Lakiehdotuksessa ehdotettavat kansanterveystyön yhteistyösuunnitelma ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimus ovat terveydenhuollon kokonaisuuden kannalta ongelmallisia. Näiltä osin ehdotusta tulee selkeyttää, tarkentaa ja myös laventaa sosiaalitoimen suuntaan. (*) Stakes ehdottaa, että kahden erillisen suunnitelman sijasta kuntien ja sairaanhoitopiirien tulisi valmistella ja yhdessä hyväksyä "sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissopimus (-suunnitelma)", jossa samanaikaisesti sovitaan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen palvelujen järjestämisestä ja yhteensovittamisesta kokonaisuutena piirin toiminta-alueella.

(*) Riippumatta siitä, laaditaanko yhteistyösuunnitelma ja järjestämissopimus yhdessä tai erikseen tulee valtioneuvoston asetuksessa määritellä kansanterveystyön yhteistyösuunnitelma (11 §) ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimus (12 §) niin, että sopimuksissa näkyvät selkeät tavoitteet, toimenpiteet sekä niiden seuranta. Seurannan on tapahduttava avoimesti siten, että kansallisesti määritellään keskeiset seurantaindikaattorit ja niiden perustana olevat tietolähteet - tietovarannot. Seurannan tietovarannot on rakennettava niin, että ne ovat standardoituja ja yhteen sovitettuja valtakunnallisen tilastotuotannon sekä tulevan KANTA-arkiston tietosisällön kanssa. Osapuolille pitää myös määritellä raportointivelvollisuus vuosittain yhteisesti sovittavin periaattein.

Terveydenhuollon kustannuslaskenta edellyttää huomattavaa kehitystyötä erityisesti perusterveydenhuollossa ennen kuin todellisia tuotehintoja voidaan tuottaa (62 §). (*) Stakesin mielestä kustannusten läpinäkyvyyden lisäämiseksi tulee harkita olisiko kuntarajat ylittävissä laskutuksessa syytä käyttää valtakunnallisesti yhtenäisiä laskutushintoja (so. samasta palvelusta sama hinta).

5) Arvio väestöpohjavaatimuksista

Stakesin näkemyksen mukaan ehdotetut väestöpohjavaatimukset ovat perusteltuja (5 § ja 8 §). Tällä hetkellä lienee tarkoituksenmukaista edetä PARAS-lain tavoitteiden mukaisesti.

Rahoitusvastuu jää terveydenhuoltolain myötä edelleen erittäin kapeille harteille, viime kädessä uuden lainkin mukaan noin 350 kunnan harteille. (*) Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveystalouden rahoitusvastuuta tulee nykyistä selkeämmin keskittää joko nykyistä selvästi harvemmille alueellisisille toimijoille (kuten sosiaali- ja terveystalouden) tai valtakunnallisesti. Kansainvälisessä vertailussa missään muussa maassa terveydenhuollon rahoituksesta ei vastaa niin pieni yksikkö kuin suurin osa suomalaisista kunnista on (mediaaniväestö runsaat 5 000 asukasta vuoden 2009 alun kuntaliitostenkin jälkeen).

6) Arvio hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevien rakenteiden säätelytarpeesta

Lakiehdotuksessa on hyvin tuotu esille se, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintoja on vastuutettava niin paikalliselle kuin alueellisellekin tasolle (17 § ja 47 §). Näiden tasojen välinen vastuiden jakautuminen jää esityksessä kuitenkin heikosti määritellyksi. Siinä ei hahmotella terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen pysyviä rakenteita, mitä on pidettävä puutteena. Yhteistoiminta-alueiden rooli hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä jää ehdotuksessa epäselväksi. Lakiesitys voi heikentää ennestään terveyden edistämisen johtamisjärjestelmää. Vastuutahoksi nimetään kunta yleisellä tasolla. Epäselväksi jää, mitä muuta se käytännössä tarkoittaa kuin suunnitelman tarkistamisen kerran valtuustokaudessa.

(*) Stakesin näkemyksen mukaan perusterveydenhuollon ehkäisevän työn tiukempi normiohjaus on tarpeen, kuten lakiesityksessäkkin on todettu (44 §). Lain säätämisen jälkeen tulisi nopeasti aloittaa työ määriteltyjen asetusten valmistelemiseksi.

Yksityiskohtana voi todeta, että lakiehdotuksen yksityiskohtaisista perusteluista (2 §) puuttuu vuonna 2008 hyväksytty Kansallinen terveystalouden kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Se sisältää useita myös kuntia koskevia toimenpiteitä.

7) Arvio ympäristöterveydenhuollon kytkennästä terveydenhuoltoon

Nykyinen kunta- ja aluerakenteen kehitys johtaa ympäristöterveydenhuollon kasvavaan eriytymiseen terveydenhuollosta. Tätä kehitystä myös terveydenhuoltolakiesitys tukee (4 § 3. mom). Nämä toiminnot ovat vaarassa ajautua eri hallinnon tasoille tai erillisiin yhteistoiminta-alueisiin. Tämä on Stakesin mielestä valitettavaa, koska erityisesti terveyden edistämässä ympäristöterveydenhuollolla on keskeinen rooli. (*) Stakesin näkemyksen mukaan terveydenhuoltolakiin tulee kirjata mekanismit, joilla ympäristöterveydenhuollon ja terveydenhuollon yhteys säilytetään, monimuotoistuvista hallintorakenteista huolimatta.

8) Arvio työterveyshuollon kytkennästä terveydenhuoltoon

Lakiehdotuksen alussa lueteltujen määritelmien mukaan työterveyshuolto kuuluu kansanterveys-työhön ja perusterveydenhuoltoon. Työterveyshuolto onkin alkanut tuottaa lisääntyvästi kunnallista perusterveydenhuoltoa vastaavia palveluita. Työterveyshuolto pysyy irrallaan perusterveydenhuollon kokonaisuudesta kunnallisestikin tuotettuna jo sen vuoksi, että sen potilastiedot kuuluvat erilliseen potilastietorekisteriin. (*) Stakes ehdottaa, että lähitulevaisuudessa selvitetäisiin perusteellisesti mahdollisuuksia työterveyshuollon ja kunnallisen terveydenhuollon yhteistoiminnan parantamiseksi (Terveydenhuoltolain ja Työterveyshuoltolain yhteensovittaminen).

9) Arvio sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja kehittämistä järjestävän lainsäädännön yhdistämisen tarpeellisuudesta

Sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman yhteistyön turvaamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon hallintolakivalmistelu on keskeinen terveydenhuoltolain valmistelun kanssa. (*) Kun hallintolain valmistelu on käynnistetty, tulee terveydenhuollon hallinnollisia kysymyksiä siirtää valmisteilla olevaan sosiaali- ja terveydenhuollon hallintolakiin.

Sairaanhoitopiireihin on perustettu yleislääketieteen yksiköitä, joiden vastuulla on koordinoita perus- ja erityisesti jatko- ja täydennyskoulutusta perusterveydenhuollossa. Samalle yksikölle on vastuutettu myös perusterveydenhuollossa tehtävän tutkimustyön koordinointi yhteistyössä yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen tutkimusvastaavien kanssa. (*) Stakesin mielestä olisi jatkossa tuettava luontaista yhteistyötä sosiaalialan osaamiskeskusten kanssa samalla kun sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö muutenkin tiivistyy. Osa tutkimus- ja kehittämisteemoista liikkuu sosiaali- ja terveysalojen rajapinnoilla ja edellyttää yhteistyötä ja yhteistä kehittämistä. On myös alueita, joilla selkeästi oman sisältö- ja tietoaueen takia kaivataan itsenäistä kehittämistä tieteenalan ja arjen kysymysten ja tarpeiden ehdoilla.

10) Arvio mahdollisista muista sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön yhdistämistarpeista

Mielenterveys- ja päihdetyötä tulee laissa käsitellä yhdessä. Tämä kehitys on jo vahvasti menossa valmistettaessa yhteistä kansallista mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmaa. Mielenterveyslain uudistaminen on myös ajankohtaista muiden lakipakettien valmistelun yhteydessä.

(*) Perusterveydenhuolto tulisi selkeämmin valtuuttaa ja vastuuttaa hoitamaan pääosan mielenterveys- ja päihdeongelmista erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon erityispalvelujen tukemana hoitovastuun ollessa perusterveydenhuollossa. Mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistäminen sekä mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ehkäiseminen tulee näkyä konkreettisesti terveydenhuoltolain toteutuksen myötä syntyvissä uusissa palvelurakenteissa.

(*) Mielenterveyslain yhteensovittamistarpeita terveydenhuoltolain kanssa tulee selvittää terveydenhuoltolaista päätettäessä.

(*) Sosiaali- ja terveydenhuollon hallintolain valmistelun yhteydessä tulee tarkastella päihdetyön toteuttamista ohjaavaa lainsäädäntöä niin, että ehkäisevä päihdetyö ja päihdepalvelut saadaan rakenteellisesti ja toiminnallisesti lähemmäksi toisiaan. Käytännössä tämä tarkoittaisi Päihdehuoltolain ja Raittiustyölain säädösten tarkistamista tai sen selvittämistä, olisiko niitä mahdollista yhdistää yhdeksi Päihdetyölaiksi.

B. Stakesin muita yleisiä kommentteja

(*) Lakiehdotuksessa puhutaan palveluiden järjestämisestä, hoitamisesta ja huolehtimisesta. Tulisi selventää mikä on näiden eri käsitteiden suhde. Laissa tulisi kirkkaasti käydä selville se, mikä taho on mistäkin palveluista missäkin tilanteessa järjestämisvastuussa.

Selkeä puute on, että yksityissektorin täydentävää roolia sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palvelujen tuottajana ei mainita juuri lainkaan.

Laissa painotetaan terveellisten elämäntapojen edistämistä ja terveysongelmien ennaltaehkäisyä. (*) Periaate on hyvä ja sen tulisi Stakesin näkemyksen mukaan näkyä paitsi omana pykälänään, myös läpi koko lakiehdotuksen.

Lakiluonnoksessa kuntalaisten osallisuus rajataan valinnanvapauteen. Kuntalaisten mahdollisuutta osallistua muuten terveydenhuollon kehittämiseen ja arviointiin ei käsitellä. Monet tutkimukset kuitenkin osoittavat, että edustuksellisen demokratian lisäksi tarvitaan myös muita osallisuuden järjestämismuotoja. Esimerkkinä tästä ovat perusopetuslain korostama kodin ja koulun yhteistyö. Vastaavat säännökset velvollisuudesta yhteistyöhön kuntalaisten/asiakkaiden kanssa ja heidän osallisuutensa varmistamiseksi puuttuvat lakiehdotuksesta kokonaan, niitä vastaavat säädökset tulisi lisätä lakiehdotukseen.

C. Stakesin näkemys terveydenhuoltolakiin liittyvistä raportointivelvoitteista

Terveydenhuollon kehittämisen yhtenä lähtökohtana mainitaan väestön hyvinvointia ja terveyttä koskevan kunta- ja aluepohjaisen tietopohjan säännöllinen raportointi. Tässä Kansanterveyslaitoksella on todettu olevan merkittävä rooli.

Lakiehdotuksessa ei oteta kantaa siihen miten tiedot väestön terveydestä ja hyvinvoinnista kerätään. Väestötason tietoa ei saada suoraan palvelujärjestelmään kertyvän tiedon rekistereistä, koska väestö kokonaisuutenaan ei käytä näitä palveluja. Tieto kerätään monin tavoin. Mietinnössä tuodaan niukasti esiin terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimivuuden seuraamista ja toimivuudesta raportoimista. (*) Stakesin näkemyksen mukaan tiedonkeruun toteutus tulisi selvittää ja valmistella huolellisesti ennen lain täytäntöönpanoa.

Raportointiin liittyviä yksityiskohtien kommentteja:

- 2.1.5, (s 27-28). Sikiöseulonnoissa ei ole mainittu, että laissa on Stakesille säilytetty tiedonkeruu ja evaluointivelvollisuus (StakesTieto & Finohta)
- 2.1.7-8. (s 36-42). Terveydenhuollon laadun sekä potilasturvallisuuden ja -vahinkojen seuranta asettavat uusia tehtäviä vuoden 2009 alusta käynnistyvälle Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle. Nämä uudet tehtävät edellyttävät uuden laitoksen lisäresursointia.

D. Stakesin asiantuntijoiden kannanottoja yksittäisiin pykäliin

2 §

Pykälään tulee lisätä myös Perustuslain mukainen tavoite turvata jokaiselle riittävät terveyspalvelut.

3 §

(*) Stakesin mielestä olisi syytä harkita vanhanaikaisesta ja kansainvälisesti katsottuna omintakeisesta kansanterveystyö -käsitteestä luopumista ja sen sijaan johdonmukaisesti käytettäväksi käsitettä perusterveydenhuolto.

Käsitteiden määrittely kaipaa joka tapauksessa tarkentamista. Kansanterveystyö on ehdotuksen mukaan perusterveydenhuoltoon nähden yläkäsite. Kansanterveystyön määritelmässä on perusterveydenhuollon lisäksi lueteltu mm. työterveyshuolto ja ympäristöterveydenhuolto, jotka määritelmän mukaan jo kuuluvat perusterveydenhuoltoon. Lakiehdotuksessa tulisi tarkemmin määritellä mitä tarkoitetaan perusterveydenhuollolla ja mitä kansanterveystyöllä. Nyt näitä termejä käytetään laki-luonnoksessa epä johdonmukaisesti. Jos terveydenhuoltolaissa kansanterveystyöllä tarkoitettaisiin kansainvälistä käsitettä public health, mukaan pitäisi sisällyttää kaikkien toiminnan tasojen aktiviteetit, esimerkiksi väestötason toimet. Yksi ratkaisu voisi olla se, että laissa puhuttaisiin terveyden edistämisestä ja ennaltaehkäisystä terveyspalveluiden kontekstissa ja säästettäisiin kansanterveystyön termi sektorit ylittävään toimintaan (toimijoina esim. terveydenhuolto, opetustoimi, liikunta-toimi, kunnallistekniikka, liikennesuunnittelu).

Kansanterveystyön ja perusterveydenhuollon käsitteiden käytön sekavuutta havainnollistavat 7 §, 45 § ja 46 §. Edellisen 1 momentin mukaan terveyspiiri vastaa kansanterveystyöstä ja 4 momentissa veloitetaan terveyspiiri yhteistyöhön sosiaalihuollon kanssa, kun se hoitaa "perusterveydenhuollon tehtäviä". Tarkoittaako tämä, että muissa kansanterveystyön tehtävissä ei ole samanlaista tarvetta yhteistyöhön sosiaalihuollon kanssa? 45 § on otsikoitu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöksi, mutta tekstissä puhutaan kansanterveystyöstä. 46 §:n mukaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikkö vastaa kansanterveystyön yhteistyösuunnitelman laatimisesta.

Ehdotuksessa myös terveyskeskuksen käsite jää hämäräksi. Ehdotuksessa ei veloiteta terveyskeskuksen olemassaoloa kansanterveystyön toimintaa varten kuten Kansanterveyslaissa (15 §) on veloitettu vaikka terveyskeskus on mainittu useissa pykälissä. Terveyskeskuksen määritelmä olisikin asianmukaista lisätä pykälään 3. Kansalaisten näkökulmasta on tärkeää että palveluita tuottavilla yksiköillä on toimintaa kuvaavat ymmärrettävät nimet. Esimerkiksi yhteistoiminta-alue on varmastikin kansalaisen näkökulmasta epämääräinen termi.

Momenttiin 2 tulee lisätä se, että perusterveydenhuoltoon kuuluu myös merkittävä osa mielenterveys- ja päihdetyöstä. Momenttiin kolme tulee lisätä, että terveyden edistämiseen kuuluu myös mielenterveyden ja päihdehaittojen edistäminen sekä mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ehkäiseminen

4-6 §

Pykälän 4 määrittely erikoissairaanhoidon jakautumisesta on epäselvä ja sitä tulee tarkentaa.

Pykälien perusteluissa vastuiden määrittelyissä on epäselvyyksiä ja puutteita. Näyttäisi jopa siltä, että kuntalainen olisi oikeutettu vain kansanterveystyön palveluihin.

6 §

Pykälässä puhutaan siitä, miten yhteistoiminta-alue vastaa palvelujen järjestämisestä yhdenvertaisesti koko alueellaan. Siitä, mitä yhdenvertaisuus tarkoittaa, näyttää vallitsevan kovin erilaisia käsityksiä. Joidenkin mukaan palvelut on tuotettava mahdollisimman identtisesti (riippumatta erilaisista palvelutarpeista), mikä estää esimerkiksi erilaisten käytännön organisointiratkaisujen rinnakkaisen käytön eri yksiköissä.

(*) Yhdenvertaisuus-säädös pitäisi täsmentää tarkoittamaan sitä, että palveluiden saatavuus ja laatu sekä sisältö olisivat keskenään samantasoiset ja –arvoiset, mutta tällä ei pidä estää joustavia paikallisia sovelluksia.

7 §

Pykälän mukaan terveystieteiden pitää muodostaa sekä toiminnallinen kokonaisuus että alueen puolesta myös maantieteellisesti eheä kokonaisuus. Sen sijaan pykälässä 5 on aikaisemmin määritelty yhteistoiminta-alue. Siltä edellytetään vain alueellista ja palvelurakenteeltaan toiminnallista kokonaisuutta. Yhteistoiminta-alueen alueen ei siis tarvitse olla maantieteellisesti eheä, mutta terveystieteiden pitää olla. Tosin yhteistoiminta-alue määritellään niin, että se kattaa perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvän sosiaali- ja terveysministeriön palvelut ja vaatimus tulee tätä kautta. Terveystieteiden ja sen sisällä perusterveydenhuollon tulisi vastata myös merkittävässä osin päihdepalvelujen järjestämisestä.

10 §

Esityksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriö päättää eritystason hoidon keskittämisestä. Kun kyseessä on toiminnallisesti ja taloudellisesti merkittävä päätös, tulisi tämä päätös tehdä vähintään asetustasolla.

11 §

Pykälässä esitellään uuden lain mukanaan tuoma kokonaan uusi asia, kansanterveystieteiden yhteistyösuunnitelma. Suunnitelma on laadittava lakiluonnoksen tekstistä päätellen jokaiselle yhteistoiminta-alueelle tai näiden vaihtoehtona toimivalle terveystieteiden alueelle. Suunnitelman pitää perustua alueen väestön terveysseurantatietoihin. Tämä perustuu veloitteeseen, joka on jo nyt lisäyksenä kansanterveyslaissa. Terveysseurantatietojen käytön tekniikat ja erityisesti metodologia, jolla palveluiden tuottamisen suunnitelma perustetaan terveydentilaa koskeviin tietoihin, ovat hyvin kehittymättömät sekä Suomessa että myös muissa maissa.

Terveydentilatietojen ennustavuus palveluiden tarvetta ja käyttöä kuvaavina determinanteina vaatii paljon enemmän monipuolista kokemusta kuin tähän asti on ehtinyt kertyä. Suurten volyyymien hoitotoimien tarvetta (esimerkiksi kaihileikkaukset, eräät syöpätyypit jne.) voidaan kohtuullisesti ennakoita, mutta päivystysluonteisen hoidon tarve, joka riippuu monista tekijöistä, on paljon vaikeammin ennustettavaa.

11 § ja 12 §

Valtioneuvoston asetuksessa tulee yhteistyösuunnitelma ja järjestämissopimus määritellä sisältörakenteeltaan sellaiseksi, että sopimuksissa näkyvät selkeät tavoitteet, toimenpiteet sekä niiden seuranta. Seurannan on tapahduttava avoimesti siten, että kansallisesti määritellään keskeiset seuranta- ja mittauskriteerit ja niiden perustana olevat tietolähteet - tietovarannot. Seurannan tietovarannot on rakennettava niin, että ne ovat valtakunnallisesti standardoituja ja yhteen sovitettuja valtakunnallisen tilastotuotannon sekä tulevan KANTA -arkiston tietosisällön kanssa. Osapuolille pitäisi myös määritellä asetuksessa raportointivelvollisuus vuosittain yhteisesti sovittavien periaattein.

14 §

Lakiehdotuksessa erillinen pykälä tilaaja-tuottaja -mallista on kummallinen eritysmaininta ja vaikuttaa tarpeettomalta ja tulee tarpeettomana poistaa. Tilaajan ja tuottajan erottaminen on mahdollista ilmankin tätä pykälää.

15 §

Terveydenhuollon edellytetään olevan olla sellaisessa yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa, jota tehtävien asianmukainen hoitaminen edellyttää (15 § ja 45 §). Tämä on hyvä ja erittäin tarpeellinen asia, mutta tätä tulisi kuitenkin jo lakitasolla täsmentää ja konkretisoida. Erityisesti mielenterveys- ja päihdetyön näkökulmasta vahvempi velvoite yhteistyöhön sosiaali- ja terveydenhuollon välillä on tarpeen.

17 §

Pykälässä jää epäselväksi miten kunta toteuttaa asukkaiden terveydentilan seurannan väestöryhmittäin niiden kuntalaisten osalta, jotka eivät käytä julkisia tai yksityisiä palveluja.

Esityksen yksityiskohtaisissa perusteluissa viitataan 2 momentin osalta terveyttä edistävään suunnitelmaan kuitenkin mainitsematta suunnitelman laatua tai valvontaa. Lakiehdotukseen tulisi sisältyä suunnitelmien tekemisen ja laadun valvonta, joka ei puutu kuntien suunnitelmien sisältöihin vaan suunnitelmien puuttumiseen, vanhentumiseen, rakenteellisiin ja laadullisiin puutteellisiin. Suunnitelmien tekemisen valvonta voidaan osoittaa esimerkiksi riittävästi resursoidulle alueelliselle viranomaiselle.

Esityksen yksityiskohtaisissa perusteluissa viitataan 3 momentissa yleisellä tasolla yhteistyöveloitteeseen "terveyttä edistävien edellytysten luomiseen ja huomioon ottamiseen kaikessa päätöksenteossa." Tulisi tarkentaa, mitä tämä tarkoittaa terveydenhuollon käytännössä.

Hyvinvointisuunnitelmaan tulee sisällyttää myös mielenterveyden ja päihdehaittojen edistämisen ja mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ehkäisemisen suunnitelma.

Kunnan asukkaiden terveydentilan seurannan suhde oikeuteen käyttää asukkaista kertyvää tietoa on esityksessä vielä hahmottamatta. Nykyisinhän tällaista oikeutta ei ole. Mitä pienempi kunta sitä herkempi asia tietosuojaanäkökulmasta on.

19 §

Pykälässä vaadittava suunnitelma laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta ei vielä takaa käytännön toimintaa asioiden hyväksi. (*) Lisäksi olisi tarpeen edellyttää toteutumisen säännöllistä seuranta esim. toimintakertomusten tai vuosiraporttien muodossa. Asetuksenanto-oikeus on paikallaan, mutta pitäisikö ja lakiin tuoda jotain veloitteesta noudattavia suunnitelmia? Johdon vastuuta laadusta ja potilasturvallisuudesta olisi tarpeen tuoda esiin jo lakitekstissä.

23 §

Täydennyskoulutusvelvoite edellyttää, että terveydenhuollonhenkilöstö osallistuu riittävästi alan täydennyskoulutukseen. Lain pykälään olisi hyvä saada maininta ainakin täydennyskoulutuksen vuosittaisesta vähimmäiskestosta.

24 §

Pykälän mukaan muodostavat sairaanhoitopiirin asukkaiden perusterveydenhuollon (ei kansanterveytyön) ja erikoissairaanhoidon asiakirjat potilastietorekisterin. Perusterveydenhuoltoon kuuluu

myös työterveyshuolto. Miten turvataan tietosuoja kaikkien niiden yritysten työntekijöiden työterveystietoihin, joille julkinen sektori antaa työterveyspalveluja? Laissa jää myös epäselväksi se, miten rekisterinpitäjät muodostetaan yhteistoiminta-alueilla ja terveystieteissä, erikoissairaanhoidon ei kuulu selkeästi enää sairaanhoitopiireille. Näitä koskevat kohdat puuttuvat säädöksestä.

27 §

Pykälän tarkastusoikeus on laaja "perusteltua aihetta epäillä terveydellistä haittaa tai vaaraa". Pykälän perusteella voisi tehdä tarkistuksen mihin tahansa.

29 §

Neuvolapalveluissa terveen kasvun ja kehityksen seuranta tulisi sisältää myös psyykkisen ja sosiaalisen kehityksen seurannan.

30 §

Kouluterveydenhuollossa oppilaan terveyden seuranta tulisi laajentaa käsittämään fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden seurannan.

31 §

Opiskelijaterveydenhuollossa opiskelijoiden terveyden edistäminen tulisi laajentaa käsittämään fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden edistämisen. Pykälissä 31 ja 32 tuodaan epäselvästi esiin se, mitkä pykälät koskevat mitään koulutusmuotoa eli ammatillisia oppilaitoksia, lukioita ja ammattikorkeakouluja sekä yliopistoja, silloin kun ei ole terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä kysymys sinällään vaan sairaanhoidon palvelujen järjestämisestä. Historiallisesti näitä asioita koskevat lain ja asetukset ovat olleet tulkinnallisia ja johtaneet käytännön toiminnassa hankaluuksiin. Nyt soisi pykälien olevan niin selkeitä että vastaava ei toistu.

34 § ja 35 §

Perusterveydenhuolto tulisi selkeämmin valtuuttaa ja vastuuttaa hoitamaan pääosan mielenterveys- ja päihdeongelmista erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon erityispalvelujen auttamana ja tukemana hoitovastuun kuitenkin jäädessä perusterveydenhuollolle.

Mielenterveystyö ja päihdetyö sisältävät hyviä ajatuksia, kuten että kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveystieteisiin tulee järjestää päihdehuoltolaissa tarkoitettut päihdehuollon palvelut, jotka on tarkoituksenmukaista järjestää osana perusterveydenhuoltoa. On myönteistä, jos tämä tarkoittaa sekä somaattisen että psykiatrisen terveydenhuollon aktivoitumista päihdekysymyksissä.

Pykälä 35 kaipaakin käsitteiden osalta tarkennusta. Tekstissä puhutaan eri kohdissa epä johdonmukaisesti joko päihdehuollosta tai päihdetyöstä, kun pitäisi puhua päihdetyöstä. Esimerkiksi mietinnön sivulla 92 puhutaan "mielenterveystyöstä ja päihdehuollosta" kun pitäisi olla "päihdetyöstä". Sivulla 111 puhutaan päihdehuollosta, kun pitäisi puhua päihdetyöstä.

47 §

Tämä on tärkeä kohta, ja siihen voisi sisällyttää mukaan myös päihde- ja mielenterveysasiat.

48 §

Laissa tulisi määritellä mikä on opetusterveyskeskuksen ja opetusta verkottumisen pohjalta antavan terveyskeskuksen ero – vai onko sellaista eroa tarkoitus olla? Nykyisin lähes kaikki terveyskeskukset ovat yliopistojen yleislääketieteen laitosten tai vastaavien kanssa tehtyjen sopimusten pohjalta

opetuspaikkoja ainakin lääkärikoulutuksessa. Ei ole tarkoituksenmukaista, että suurehko osa terveyskeskuksista jätettäisiin opetustoiminnan ulkopuolelle.

51 §

Pykälä sisältää veloitteen psykososiaalisen tuen järjestämisestä potilaalle, hänen läheisilleen ja tarvittaessa muille tapahtuman osallisille. Tätä on pidettävä hyvänä tavoitteena.

54 §

Kun hoitopaikan valinta on kiinnitetty hoitopääsylainsäädännön kautta tuleviin edellytyksiin antaa hoito, tullaanko tilanteeseen, jossa potilas ei voi, niin halutessaan, jonottaa pitempään päästäkseen toivomaansa paikkaan, eli onko tarkoitus, että potilas saa valita vain jos ei ole jonoja? Kansainvälisen ja kotimaisenkin kokemuksen mukaan osa potilaista haluaa odottaa päästäkseen toivomaansa hoitopaikkaan.

55 §

Jää epäselväksi, onko potilaalla valinnanvapautta kun kyseessä on kiireellinen hoito? Merkittävää on, että päihdehoito on mainittu pykälässä omana kohtanaan, ja se mahdollistaa akuutilanteessa myös päihtyneenä asioinnin.

56 § ja 57 §

Pykälät eivät ole vielä sitä mitä asiakkaat ja kuntalaiset odottavat. Periaate toiminnasta arkisin ja virka-aikana ei enää sovi nykyaikaiseen yhteiskuntaan. Erikoissairaanhoidon "hoidon tarpeen arvioinnille" on annettu aikaa 3 viikkoa ja hoitoon voi joutua odottamaan vielä 3 kk. Pykälän 57 toisessa momentissa annetaan pelkästään arvioinnille aikaa 3 kk ja voi kestää vielä 6 kk ennen kuin potilas mahdollisesti pääsee hoitoon. Tulisi selventää mitä kulloinkin tarkoitetaan, erityisesti kun otetaan huomioon, että uudessa hallintomallissa perus- ja erikoissairaanhoidoa voidaan eri alueilla erilaisin sopimuksin toteuttaa erilaisissa organisaatioissa.

Kun hoitoon pääsyn määräajat eivät olennaisesti ole parantaneet mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitoa, lakiin tulisi liittää velvoite määräajassa tapahtuvasta hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimisesta. Kuntoutussuunnitelman tulee olla kansallisten hoitosuosituksen mukainen. Tällä voitaisiin korjata nykyistä tilannetta mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohdalta: hoitotakuu näyttää toteutuvan, mutta hoito ei toteudu.

61 §

Pykälän tulkitsemista varten tulisi lakiehdotuksessa määritellä terveydenhuollon toimintayksikkö. Tämä on olennainen kysymys mm potilaslain 2§ kannalta. Pykälässä 46 todetaan, että sairaanhoitopiirissä tulee olla perusterveydenhuollon yksikkö. Tämä tulisi käsitteellisesti erottaa toimintayksiköstä jos se on tutkimus- ja kehittämissyksikkö. Potilaan tulisi aina tietää kuka hänen hoidostaan vastaa (responsible doctor).

62 §

Kun korvaukset säädetään annettavaksi tuotteistuksen hintojen mukaan, merkitsee se suurta kehittämistarvetta standardoitujen tuotteistusmenetelmien käytössä, jossa sairaalahoidon osalta on jo jonkin verran kokemusta, mutta perusterveydenhuollon ja muiden toimintojen osalta ne ovat vielä tekemättä. Ehdotuksessa jää epäselväksi, kuka päättää käytettävistä tuotepaketeista?

69 §

Pykälästä on poistettava maininnat Stakesista ja KTL:sta ja korvattava ilmaisulla Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

76 §

Pykälä määrittelee varsin laajan tietojenantamisvelvollisuuden toisille viranomaisille. Käytännössä varmaan tämän velvollisuuden rajat määritellään tilastolain määräysten mukaan.

81 §

Pykälä jättää laitoshoidon määrittelyn liian avonaiseksi.

82 §

Tämä pykälä on toivottu muutos nykytilaan.

Tämä lausunto on käsitelty Stakesin johtoryhmässä 29.10.2008.

Pääjohtaja

Mauno Konttinen

Ylilääkäri

Minna Kaila